

介護割引パス申込書

申込人数	名分	申込日 平成	年	月	日
お申込者のお名前			連絡が取れる連絡先:TEL - -		

新規申込 継続申込 ※にはチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> パスを申請します	要介護・要支援被認定者				
介護保険 被保険者証の番号	要介護度	要支援・要介護 ()			
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前			ご年齢 (申込日現在)	歳	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日
ご住所	〒 - -		都・県		市・区・郡
電話番号	自宅	-	-	-	
	携帯	-	-	-	
保険者の名称					
認定の有効期限	平成		年	月	日

<input type="checkbox"/> パスを申請します	介護者①				
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前			ご年齢 (申込日現在)	歳	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日
ご住所	〒 - -		都・県		市・区・郡
電話番号	自宅	-	-	-	要介護・要支援被認定者 との関係
	携帯	-	-	-	

<input type="checkbox"/> パスを申請します	介護者②				
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
お名前			ご年齢 (申込日現在)	歳	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年	月	日
ご住所	〒 - -		都・県		市・区・郡
電話番号	自宅	-	-	-	要介護・要支援被認定者 との関係
	携帯	-	-	-	

※対象者は、要介護・要支援被認定者本人とその介護者（2親等以内の親族、配偶者の兄弟姉妹の配偶者および子の配偶者の父母）に限ります。

■スターフライヤー記入欄■		受付日 平成	年	月	日	担当
介護割引パス番号	① _____	② _____	③ _____			
介護割引パス有効期限	年	月	日	利用区間	<input type="checkbox"/> 北九州 - 東京（羽田） <input type="checkbox"/> 福岡 - 東京（羽田） <input type="checkbox"/> 大阪（関西） - 東京（羽田）	
提出書類チェック欄	<input type="checkbox"/> 有効期間内の認定証明されている介護保険証もしくは介護認定結果通知書（コピー可） <input type="checkbox"/> 被認定者と介護者の関係を証明する公的書類（6ヶ月以内に発行された戸籍謄本、戸籍抄本、コピー可） <input type="checkbox"/> パスを申し込みされる方の現住所を証明する公的書類（コピー可） <input type="checkbox"/> パスを申し込みされる方本人の写真（3×3cm）※裏面にお名前をご記入ください。6ヶ月以内に撮影したもの					